Załącznik nr.12 do regulaminu

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA UCZNIA/UCZENNICY SZKOŁY PODSTAWOWEJ W DUNKOWEJ**

Ja niżej podpisany/a ……………………………………………………………………………….. deklaruję udział mojego syna/córki w projekcie pn. **„SKOK-Szkoły Kształcące Obsz@ry Kluczowe”**, o numerze: RPDS.10.02.01-02-0036/17.

**Proszę o wypełnienie deklaracji drukowanymi literami**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **DANE UCZNIA/UCZENNICY** | |
| 1. | Imię :……………………………………………………………………….. | Nr PESEL: ……………………………………………… |
| Nazwisko:………………………………………………………………… |
| Data i miejsce urodzenia: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | |
| 2. | Adres zamieszkania: | |
| miejscowość:………………………………………………..gmina:…………………………………….powiat:……………………………  województwo:………………………………………ulica/ nr domu/lokalu:……………………………………………………………..  kod pocztowy:……………………………………. poczta:…………………………………………………………………………………….. | |
| 3. | Adres korespondencji (jeżeli inny niż zamieszkania): | |
| miejscowość:………………………………………………..gmina:…………………………………….powiat:……………………………  województwo:………………………………………ulica/ nr domu/lokalu:……………………………………………………………..  kod pocztowy:……………………………………. poczta:…………………………………………………………………………………….. | |
| 4. | Płeć: | |
| □\* kobieta □ mężczyzna | |
| 5. | Wykształcenie: | |
| □ niższe niż podstawowe □ podstawowe | |
| 6. | Dane kontaktowe do rodzica/ opiekuna prawnego: | |
| telefon:…………………………………………………………………… e-mail: ………………………………………………………………… | |
| 7. | Zajęcia, w których uczeń/uczennica będzie uczestniczył/a:\* | |
| □ zajęcia matematyczne dla klas I-III  □ zajęcia z j. angielskiego dla klas IV-VI    □ zajęcia z j. angielskiego dla klas VII-VIII  □ terapia Integracji Sensorycznej dla klas I-III  □ terapia Integracji Sensorycznej dla klas IV-VI | |
| 8. | Status ucznia/uczennicy na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: | |
| □ bierny/a zawodowo □ uczący/a się | |
| 9. | Dane pozostałe o uczniu/uczennicy: | |
| □ uczeń/uczennica należący/a do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, obcego pochodzenia.  □ uczeń/uczennica z niepełnosprawnościami (osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. oraz osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r.).  □ uczeń/uczennica przebywający/a w gospodarstwie domowym bez osób pracujących □ w tym:  w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu.  □ uczeń/uczennica żyjący/a w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu.  □ uczeń/uczennica w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej). | |

\**Wyboru dokonuje się poprzez wstawienie znaku „X” we właściwy kwadrat*

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu pn. **„SKOK-Szkoły Kształcące Obsz@ry Kluczowe”**i akceptuję jego treść oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020, Działanie 10.2 Zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości edukacji podstawowej, gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej.
3. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie lub zatajenie prawdy, dane zawarte   
   w złożonym przeze mnie dokumentach rekrutacyjnych są zgodne z prawdą. Jednocześnie oświadczam, że syn/córka spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału   
   w projekcie.
4. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych a także, że odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w dedykowanych ww. grupom projektach.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby realizacji projektu   
   pn. **„SKOK-Szkoły Kształcące Obsz@ry Kluczowe”** zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 poz. 922 t.j.).

|  |  |
| --- | --- |
| **MIEJSCOWOŚĆ, DATA** | **CZYTELNY PODPIS** |
|  | Podpis uczennicy /ucznia: ................................................................................................................... Podpis rodzica/prawnego opiekuna: …………………………………............................................................... |